UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 62**

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER

DE LA CAVITÉ UTÉRINE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Mai 1913

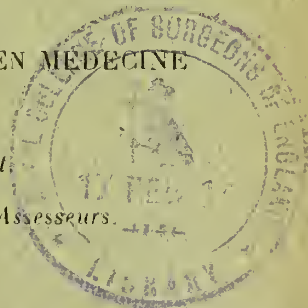
PAR

Gaston RIGALL

Ancien Interne des Hôpitaux de Perpignan

Né à Perpignan, le 7 Juillet 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Examinateurs de la Thèse	VIRES, Professeur, *Président*	
	GRANEL, Professeur	*Assesseurs*
	SOUBEYRAN, Agrégé	
	EUZIERE, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1913

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER

DE LA CAVITÉ UTÉRINE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER — N° 62

FACULTÉ DE MÉDECINE

3.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER

DE LA CAVITÉ UTÉRINE

THÈSE

résentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Mai 1913

PAR

Gaston RIGALL

Ancien Interne des Hôpitaux de Perpignan

Né à Perpignan, le 7 Juillet 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	VIRES, Professeur, *Président.*	
	GRANEL, Professeur	*Assesseurs.*
	SOUBEYRAN, Agrégé	
	EUZIERE, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻)	....	Doyen.
SARDA	....	Assesseur.
IZARD	....	Secrétaire

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profess. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f)

Examinateurs de la thèse :

MM. VIRES, professeur, *président*.	MM. SOUBEYRAN, *agrégé*.
GRANEL, professeur.	EUZIERE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE ET A MON ONCLE BROUSSE

Faible témoignage de reconnaissance.

G. RIGALL.

A MON PARRAIN ET A MA MARRAINE

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES CAMARADES

MESSIEURS LES DOCTEURS DE GUARDA, BERTRAND
ET LÉON ROCARIES, AVOCAT

G. RIGALL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A Monsieur le Professeur-Agrégé SOUBEYRAN

A Monsieur le Professeur-Agrégé EUZIÈRE

G. RIGALL.

A MES ANCIENS CHEFS DE SERVICE A L'HOPITAL DE PERPIGNAN

MESSIEURS LES DOCTEURS MASSOT, SABARTHÈS
DE LAMER, PUIG-AMETLLER ET POUS

A MON CAMARADE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUTH

MÉDECIN-MAJOR AU 81e RÉGIMENT D'INFANTERIE

G. RIGALL.

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour exprimer à notre mère et à notre oncle notre amour et toute notre reconnaissance, faible hommage rendu à leur bonté et à leur dévouement pour nous. C'est à eux, en très grande partie, que nous devons d'être ce que nous sommes, et les mots sont impuissants à rendre les sentiments que nous avons pour eux.

Aussitôt après nos parents, nous avons hâte de remercier vivement notre maître, M. le professeur Soubeyran, à qui revient l'idée première de notre travail et qui a bien voulu nous aider dans le développement de notre thèse. Nous n'oublierons jamais la sympathie, l'accueil bienveillant et l'amabilité qu'il nous a montrés, et c'est un bien agréable devoir que de lui exprimer notre profonde gratitude.

Nous sommes aussi très profondément reconnaissant envers M. le professeur Vires pour les fruits que nous avons retirés de ses leçons et de ses enseignements et pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Granel prenne aussi pour lui une grande part de nos remerciements.

Tous nos maîtres enfin de la Faculté de Montpellier

ont droit aussi à notre reconnaissance pour tous les enseignements qu'ils nous ont donnés.

Nous ne pourrons cependant oublier les trois années que nous avons passées comme interne à l'hôpital Saint-Jean, de Perpignan. Que tous nos anciens chefs de service, MM. les docteurs Massot, Sabarthès, de Lamer, Puig-Ametller et Pous soient bien persuadés que nous avons toujours gardé un bon souvenir de leurs excellentes relations, que nous leur devons plus qu'ils ne le pensent pour toute la latitude qu'ils nous ont laissée. Avec leurs conseils, nous avons acquis des connaissances pratiques que nous n'oublierons jamais, car elles sont non seulement utiles, mais encore nécessaires.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER

DE LA CAVITÉ UTÉRINE

INTRODUCTION

Primitivement nié par les médecins, le cancer du corps utérin ou de la cavité utérine, a peu à peu pris droit de cité dans la pathologie chirurgicale et aujourd'hui les observations se font de plus en plus nombreuses.

En effet, pendant très longtemps on s'obstinait à considérer le cancer du corps utérin comme une conséquence ou comme l'aboutissant ultime du cancer du col. Marjolin, en effet, dans son Dictionnaire, à l'article cancer utérin, ne disait-il pas en 1846 : « Le cancer de la matrice affecte primitivement le col. » En 1850, Nélaton dit simplement « que le cancer primitif du corps est excessivement rare ; quand le corps de l'utérus est envahi par la dégénérescence ce n'est qu'une conséquence du progrès du mal ».

Cette opinion généralement admise dans la suite ne fut

discutée pour la première fois que par Simpson (1) qui, donnant sept observations personnelles, traite du cancer primitif du corps. Aussi depuis cette date le cancer primitif de la cavité utérine est devenu une entité morbide généralement admise par tous, qui a d'ailleurs été confirmée par les recherches anatomo-pathologiques ultérieures. Toutefois, il est difficile, sinon impossible, de voir dans la majorité des statistiques publiées une distinction nettement établie entre le cancer primitif du corps et celui propagé du col à la cavité utérine. Or, il importe au point de vue diagnostic comme aux points de vue pronostic et thérapeutique, de faire de façon précoce et précise un diagnostic. Il nous paraît inutile d'insister pour démontrer la nécessité considérable d'un diagnostic précoce qui sera d'autant plus efficace qu'il permettra beaucoup plus vite de pratiquer l'intervention chirurgicale et par là même de parer aux conséquences d'une lésion aussi sévère. Si, en effet, on peut déceler par un moyen quelconque le cancer du corps à son tout extrême début, il va de soi que le cancer étant localisé et n'ayant pas eu encore le temps de se propager ou de faire des métastases, l'on pourra agir beaucoup plus efficacement sur la tumeur et sur son évolution.

C'est à établir ce diagnostic précoce que nous avons destiné ce modeste travail, et dès le début de nos recherches il nous paraît que nous sommes arrêté par de sérieuses difffcultés. En effet, les données cliniques sont généralement insuffisantes pour permettre d'établir ce diagnostic de façon ferme, mais s'il paraît rationnel d'admettre que les données actuelles de la clinique seraient

---

(1) Simpson. Clinique obstétricale et gynécologique, 1874.

presque suffisantes pour faire le diagnostic du cancer du corps, on peut à la rigueur négliger les données fournies par la dilatation utérine et l'examen microscopique. Quels sont en effet les éléments de diagnostic et de pronostic que nous sommes susceptibles d'obtenir par un examen anatomo-pathologique approfondi ?

De deux choses l'une, ou le résultat est positif et dans ce cas il y a énormément de chances pour que la lésion soit déjà avancée, par conséquent pour que les données de la clinique nous suffisent à la diagnostiquer ; ou bien les renseignements sont négatifs et il est impossible à quiconque d'affirmer quoique ce soit sur l'évolution future de l'affection.

Au cours de ce travail, après avoir étudié de façon générale les données anatomo-pathologiques et cliniques, nous établirons toutes les difficultés que présente le diagnostic de cette lésion surtout à son extrême début; puis nous rechercherons s'il existe un procédé d'investigation ou une méthode quelconque permettant de faire précocement le diagnostic en même temps que nous discuterons de façon un peu hâtive le diagnostic différentiel.

Deux observations inédites nous ont été fournies par M. le professeur Soubeyran, desquelles nous extrairons la substance pour venir à l'appui de nos dires ; nous tirerons ensuite les conclusions qui nous auront été inspirées par ces différentes recherches.

CHAPITRE PREMIER

DONNÉES CLINIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Passant rapidement en revue la bibliographie du cancer utérin quelle que soit sa localisation sur le corps ou sur le col, il nous est facile de constater que cette étiologie est essentiellement banale. L'hérédité existe certainement mais elle est relativement rare.

Deux grands chefs sont rangés parmi les causes déterminantes, à savoir le traumatisme et l'infection. La grossesse, les avortements ont évidemment une influence manifeste, mais pourquoi des localisations différentes sur le corps ou sur le col et pourquoi aussi cette rareté relative des localisations sur le corps ? [3 o|o d'après Scrhœder (1) — 10 o|o d'après Zweifel (2)]. Peut-être faudrait-il attribuer cette plus grande fréquence sur le col au fait que ce dernier est plus facilement traumatisé, ou bien que sa constitution épithéliale diffère de celle du corps.

Au point de vue de l'âge, tandis que le cancer du col se produit de 40 à 50 ans, l'épithélioma primitif du corps se produirait presque toujours après la ménopause de cinquante à soixante ans, sauf cas anormal.

---

(1) Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.

(2) Zweifel. — De la méthode parasacrée. Centralblatt f. gynœk, février 1891.

L'influence de la grossesse est très discutée et très contestée. Tandis que Hofmeier (1) trouve 20 o|o de nullipares, Emmet (2) a vu toutes ses cancéreuses qui avaient eu des enfants et n'hésite pas à attribuer au traumatisme de la grossesse la cause de leur cancer primitif du corps. Il est cependant un fait généralement admis, c'est le rôle prédisposant des infections et des inflammations antérieures de la muqueuse utérine : que ce soit l'endométrite folliculaire, la métrite glanduleuse ou même la métrite hémorragique, toutes ces altérations sont au début même des dégénérescences malignes.

En résumé, l'étiologie du cancer utérin (corps ou col) est limitée à l'hérédité, aux conditions d'âge, aux grossesses antérieures et enfin à l'influence prédisposante des infections ou des inflammations. Il conviendra donc de tenir compte de ces données au cours de l'étude du diagnostic précoce que nous avons à faire.

1e Données anotomo-pathologiques

Voyons maintenant les données que peut nous fournir l'étude de l'anatomie pathologique. Comme nous l'avons déjà indiqué dans notre introduction, ces données seront forcément tardives par rapport à l'évolution de la tumeur, elles ne pourront, par conséquent pas nous être d'un grand secours dans le cas particulier. Aussi sans entrer dans des descriptions de détails anatomo-pathologiques, qu'il est facile de trouver partout, qui ont été complètement et entièrement décrits, est-il bon toutefois de rap-

---

(1) Hofmeier. — Manuel de gynécologie opératoire. 1889.
(2) Emmet. — La pratique des maladies des femmes. 1887.

peler les deux variétés principales que le cancer peut affecter dans sa localisation sur le corps utérin, à savoir : d'abord l'infiltration cancéreuse de formation endogène, ensuite la forme moins fréquente peut-être que l'on pourrait appeler exogène par opposition avec la variété précédente et qui revêt le plus souvent un aspect pédiculé et généralement polypoïde. C'est la fragilité des bourgeons charnus ainsi observés qui explique les hémorragies si fréquentes et si abondantes de la période d'état, mais il est un fait qui dominera l'examen anatomique : « c'est la difficulté considérable que l'on aura de faire un diagnostic sérieux d'après l'examen des parcelles enlevées par un curettage et qu'on a dissocié pour l'examen microscopique » (Cornil) (1). D'où on peut conclure à la nécessité d'une biopsie large faite aux ciseaux et au bistouri et encore dans ce cas l'examen positif est seul démonstratif. Un examen négatif, en effet, ne pourrait que faire espérer la bénignité de la lésion. Cornil (2) disait, en effet, qu'avant d'affirmer : « qu'on n'a pas affaire à un cancer, il faut faire pratiquer des examens multiples par un micrographe des plus exercés ».

Voyons cependant les quelques renseignements qui peuvent nous être fournis par l'anatomie pathologique. L'utérus est plus ou moins gros, augmenté du volume. Les dimensions de la tumeur peuvent aller de volume d'un pois à celui d'une tête de fœtus. La surface externe est lisse et généralement unie au moins au début ; quant à la paroi utérine elle est dure, résistante et ne se ramollit qu'à un stade très avancé : de plus comme elle peut être

(1) Cornil. — Leçons sur l'anatomie pathologique du cancer. 1889,
(2) Cornil. —

très épaissie elle prend une large part à l'augmentation du volume de l'utérus.

La cavité utérine donne à l'hystéromètre 8, 10, 12, 15 centimètres, rarement plus. Mais il peut arriver en raison même de l'épanchement de la paroi que malgré l'augmentation sensible du volume de l'utérus sa cavité ne se soit pas augmentée en profondeur.

Macroscopiquement, on note deux formes :

1° Une forme circonscrite. quelquefois pédiculée, très saignante, de volume variant depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule, siégeant généralement au fond même de l'utérus et prenant naissance aux dépens de l'épithélium des glandes.

2° Une forme diffuse beaucoup plus fréquente s'étendant plus en surface qu'en profondeur, gagnant presque toute la muqueuse mais respectant toutefois le plus souvent le canal cervical. Une chose intéressante est à noter, à savoir que toujours dans le cancer primitif du corps, l'orifice cervical est resté libre et parfaitement intègre. Encore faut-il en excepter toutefois les cas où il y aurait eu simultanément cancer du corps et du col : or dans ce cas il y a eu de véritables greffes utérines.

Histologiquement. — Les lésions sont quelquefois limitées et difficiles à distinguer de la métrite. On peut avoir un épithélioma tubulé ou lobulé. (Notons en passant l'influence favorisante des kératoses, des leucokératoses, de l'ichtyose et du psoriasis utérin). Cornil donne toutefois un caractère différentiel qui permettrait de distinguer ces manifestations de la métrite.

Il insiste en disant : « Dans la métrite, existence » d'une couche de cellules plates formant un revêtement » extérieur aux tubes glandulaires — dans l'épithélioma

» à cellules cylindriques, on ne voit pas de cellules plates » en dehors de la paroi des alvéoles. » Mais ce caractère qui aurait une très grande valeur diagnostique est certainement très difficile à mettre en relief.

Aussi Cornil a invoqué l'absence de cils vibratiles pour les cellules, le manque d'adhésion entre la base de la première couche de cellules et la paroi du tissu conjonctif. Mais Delbet discute la valeur de ce caractère et le met sur le compte des réactifs. Enfin, il est un caractère qui serait peut-être le plus important, qui serait peut-être même pathognomonique de la malignité d'une tumeur, c'est la profondeur des couches épithéliales superposées. Nous ne parlerons pas ici des lésions concomitantes ou consécutives qui appartiennent à une période plus avancée du cancer du corps et qui ne sauraient rentrer dans le cadre que nous nous sommes volontairement tracé.

2° Données cliniques.

Ici parallélisme absolu avec les données fournies par le cancer du col. Nous avons d'abord l'*hémorragie* ensuite la *douleur* et l'*hydrorrhée* sur lesquelles nous pourrons venir greffer les données fournies par le *toucher vaginal*, par l'*examen au spéculum*, *l'examen à l'hystéromètre* et enfin la *dilatation artificielle de la cavité utérine*.

A. *Hémorragies*. — L'hémorragie est le symptôme le plus fréquent, survenant surtout chez des femmes ayant franchi la ménopause (forme épithéliomateuse). La première hémorragie vient surprendre alors que l'utérus était resté pendant longtemps inerte. La première perte est variable en quantité et en nature ; elle peut s'accom-

pagner de caillots ou être leucorréique, puis les pertes peuvent devenir plus régulières. Mais si l'hémorragie est ainsi initiale, elle n'est tout de même pas un signe qui nous permette de faire un diagnostic précoce, parce que du moment où il y a hémorragie on peut dire qu'il y a désagrégation de la masse néoplasique. Ce symptôme d'ailleurs est variable comme durée, comme mode d'apparition et comme récidive. D'autre part l'hémorragie peut masquer le début du cancer en faisant porter le diagnostic de métrite hémorragique, abusant ainsi le chirurgien ; mais dans les cas de cancer toutefois elle est persistante et rebelle à tout traitement. En résumé, nous constatons que l'hémorragie ne peut être d'aucun secours dans le cas de cancer précoce de l'utérus et de sarcome, force nous sera donc de faire appel aux autres modes d'investigation.

B. *Hydrorrée. Ecoulement séreux séro-sanguin, séro-purulent.* – Elle peut exister seule au début, ou bien coexister avec les hémorragies, ou bien encore faire totalement défaut. Mademoiselle Coutzarida (1) a attiré l'attention sur ce symptôme, mais il nous paraît qu'elle lui a donné une trop grande importance. Au début inodore et séreux, l'écoulement peut devenir fétide et purulent, d'une odeur âcre, tenace, permettant souvent au chirurgien de faire le diagnostic sans examen aucun, rien qu'à l'approche du malade. Mais ce signe là est encore un signe de la période avancée du cancer, alors que le diagnostic aurait pu nous être fourni par d'autres signes cliniques,

---

(1) Mademoiselle Coutzarida. De l'hydrorrhée et de sa valeur semeiologique dans le cancer du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.

C. *Douleur.* — La douleur est un symptôme de caractère et d'intensité variable, qui peut même faire complètement défaut et avoir des modalités ou des sièges différents. Elle peut-être localisée à l'aîne, à l'hypogastre, à la vulve ou au périnée.

Dans d'autres cas elle peut s'irradier le long de l'hypocondre, dans la région anale ou aux membres inférieurs. De plus elle n'est nullement en rapport avec le degré de gravité de l'affection ni avec le stade de son évolution. C'est ainsi qu'il est possible de voir des cancers au début déterminer des douleurs intolérables, tandis que d'autrefois au contraire, des formes ultimes sont à peine ressenties par la malade. Toutefois on admet généralement que lorsque les douleurs sont très intenses et généralisées aux organes voisins, elles sont la manifestation tangible de la propagation de la tumeur aux organes pelviens.

D. *Toucher vaginal.* — Le toucher vaginal nous donnera-t-il des renseignements plus précis ? La dilatation et l'ouverture du vagin, l'exploration des culs-de-sac vaginaux, l'induration du ligament large sont de bien peu de valeur pour notre diagnostic précoce. En combinant le toucher et le palper, nous aurons certes des renseignements sur la position, la mobilité et le volume de l'utérus, mais ces renseignements ne peuvent nous être d'une très grande utilité que pour décider s'il y a lieu ou non à l'intervention, tandis qu'ils ne nous diront en rien si l'affection est au début ou à sa période terminale. De quelle utilité, en outre, pourront nous être l'antéversion ou la rétroversion de l'utérus suivant le cas ? Enfin il n'est pas jusqu'aux adhérences utérines qui puissent être pour nous une cause d'impossibilité absolue d'abaisser le col jusqu'à la vulve.

Le toucher rectal sera aussi impuissant que le toucher vaginal à nous éclairer sur le degré et la nature de l'affection.

E. *Examen au speculum.* — Il nous fournit peu de renseignements, il sert simplement à contrôler les données du toucher. On peut voir l'écoulement leucorréique et les détritus fétides ; on peut quelquefois aussi apercevoir des bourgeons néoplasiques dans la cavité cervicale, bien que nous ayons déjà dit la rareté de la propagation du cancer à la cavité cervicale.

F. *Examen à l'hystéromètre.* — Il est toujours délicat et souvent minutieux. On sait qu'il doit être fait avec certaines précautions, de façon absolument aseptique et dans un utérus toujours libre de gravidité. Le cas ne saurait ici être envisagé puisque la plupart du temps le cancer primitif du corps se produit chez des femmes ayant franchi la ménopause. D'ailleurs les indications que nous fournit l'hystéromètre sont très vagues et peu accusées. Nous voyons seulement que la cavité utérine peut atteindre jusqu'à 10, 12, 15 centimètres, rarement plus, car il est extraordinaire que l'on constate de grosses dilatations dans ce cas particulier.

G. *Dilatation artificielle de la cavité utérine.* — Longtemps considérée comme un moyen précieux de diagnostic, la dilatation artificielle de la cavité utérine devait permettre lorsqu'elle était pratiquée avec une antiseptie rigoureuse d'explorer toute la surface de l'utérus. C'est Veper (1) le premier qui a décrit dans sa thèse en 1887 le

---

(1) Veper. De la dilatation artificielle de l'utérus. Thèse de Paris 1887.

manuel opératoire de la dilatation artificielle et qui a précisé la netteté du diagnostic des affections développées dans la cavité utérine. Plusieurs procédés sont en présence d'après lui : ou la dilatation rapide avec les bougies d'Hégar, les dilatateurs de Collin et les laminaires, ou les procédés sanglants avec discision, débridement de l'orifice externe ou incision bilatérale du col. Ce dernier procédé ne permettrait d'ailleurs de voir guère mieux que la dilatation lente et aurait l'inconvénient d'être une véritable opération qui nécessiterait même quelquefois la ligature des deux artères utérines. Toutefois quand la dilatation est obtenue par l'un ou l'autre de ces procédés, soit par la dilatation rapide, soit par des procédés sanglants, le toucher intra-utérin est alors facile et sans danger, à la condition toutefois qu'il soit fait proprement. Si les lésions sont avancées, le doigt arrive sur des excroissances friables, en choux-fleur, ou sur une tumeur irrégulière, dure, rugueuse, implantée en un point quelconque de la cavité utérine, ou même dans le fond de cette dernière, dans le voisinage des cornes.

Tels sont les différents modes d'investigation qui sont à notre disposition pour le diagnostic du cancer de la cavité utérine. Hémorragies, hydrorrhée et douleurs sont inconstantes : toucher rectal, toucher vaginal et hystéromètre sont insuffisants. Enfin la dilatation artificielle qui pourrait nous être de quelque secours en nous permettant l'examen par la vue et le toucher est très souvent trop tardive. Donc aucune méthode actuellement employée ne semble permettre un diagnostic précoce. Peut-être serait-il utile d'appliquer à l'éclairage de la cavité utérine l'électricité comme on l'a déjà appliquée à l'examen de la vessie ou des uretères, et par ce moyen il serait peut-être possible de voir dès le début la localisation, l'allure clinique

d'une tumeur comme il serait possible aussi aseptiquement avec une dilatation moindre d'en suivre l'évolution et le développement. Nous laissons aux esprits inventifs le soin de creuser ces idées qui pourraient peut être faciliter l'établissement d'un diagnostic précoce.

Quoi qu'il en soit aucun symptôme actuellement n'est spécifique, aucune donnée n'est absolue, il conviendra donc pour le diagnostic de se baser sur l'âge, sur l'écoulement sanguin et l'hydrorrhée quand elle existe, sur l'état de la malade qui a dépassé la ménopause et sur le toucher vaginal. Il importe toutefois de faire une restriction pour le cas où le cancer succédant à une métrite glandulaire ou hémorragique. En l'occurence il est facile de constater l'existence de troubles antérieurs et, par le cathétérisme, d'être amené à faire la dilatation suivie de curettage et de cautérisation.

CHAPITRE II

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

Au cours de cette étude nous avons pu voir combien imprécis et incertains étaient les signes fournis par l'examen tant clinique qu'histologique ; c'est assez dire toutes les difficultés en présence desquelles se trouvera un chirurgien lorsqu'il aura à porter un diagnostic ferme et surtout précoce, car non seulement les symptômes peuvent varier comme nature et comme gravité, mais encore ils peuvent donner le change et faire croire à des affections d'un ordre différent. Les hémorragies et l'écoulement, même s'il est fétide, peuvent induire en erreur au début du moins et faire croire à une banale endométrite ; si à ces signes initiaux vient se joindre une augmentation de volume de l'organe, le diagnostic reste encore hésitant entre l'épithélioma et le myome en voie de décomposition. Enfin, l'apparition de bosselures sur un utérus déjà augmenté de volume, celui d'un empâtement périphérique à la région hypogastrique, pourront cependant nous faire songer au cancer du corps, mais au moment où ce diagnostic sera porté il sera déjà trop tardif. Ce n'est donc guère que par l'examen histologique des fragments néoplasiques extraits par le col que nous pourrons préciser le diagnostic avec certaines métrites chroniques (métrites des vieilles femmes, métrites hémorragiques ou sarcome).

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Prenons le cas d'une femme ayant atteint la ménopause ou l'ayant déjà franchie. Cette femme vient à nous pour des hémorragies fréquentes, des écoulements fétides et sanieux et des douleurs localisées ou généralisées, abdominales ou hypogastriques. Immédiatement, sans hésitation aucune, la première idée qui se présentera à notre esprit sera celle d'un cancer du col utérin. A plus forte raison nous orienterons-nous vers cette idée si l'état général de la malade est un peu affaissé, s'il confine à la cachexie. Mais pour bannir toute cause d'erreur, n'obéissant pas à notre idée première, faisons un examen clinique pour asseoir notre diagnostic et le baser sur des données plus précises sinon plus catégoriques. Explorons de plus près par le toucher, le palper et la vue au besoin sans dilatation préalable : nous trouvons le col régulier, sans bosselures, les culs-de-sac libres, non adhérents, il nous faudra donc rejeter l'accusation ainsi portée de cancer du col. De plus, si à l'hystéromètre nous trouvons une cavité utérine profonde de 8 à 12 centimètres, il ne nous est pas permis de faire un diagnostic absolument précis et nous devons hésiter entre les polypes muqueux, les fibromes sous-muqueux, les métrites fongueuses, l'épithélioma et le sarcome de la cavité du corps utérin, affections qui peu-

vent chacune d'elles causer les troubles pour lesquels la malade est venue se plaindre à nous. Il n'est pas jusqu'à la tuberculose utérine ou la rétention placentaire qui pourraient nous induire en erreur, mais dans ces cas tout au moins, il nous serait facile d'établir un diagnostic différentiel par l'existence antérieure d'une grossesse ou par celles d'autres localisations bacillaires. D'autre part, il nous restera encore un procédé d'investigation qui est susceptible de nous fournir des données plus exactes et qui peut nous permettre de préciser davantage notre diagnostic, nous voulons dire la dilatation utérine grâce à laquelle, après trois ou quatre jours, il nous sera possible et facile de jeter un œil investigateur ou de promener notre doigt sur toute la surface de la muqueuse utérine.

Dans le cas où notre toucher nous ferait constater la présence d'une tumeur pédiculée de volume relativement réduit (variant de celui d'un pois à celui d'une noix), de consistance mollasse, nous pourrons peut-être conclure à un polype muqueux non sans avoir fait l'examen histologique après la biopsie. D'autres fois, au contraire, avec un utérus qui sera à peine augmenté de profondeur et un col qui est resté régulier, il peut arriver que nous constations des douleurs, des hémorragies et un écoulement sanieux qui pourraient être imputables à des fibromes sous-muqueux. Dans ce cas la tumeur est toute petite, intra-muqueuse, fibrome sous-muqueux, de même consistance que celle du parenchyme utérin.

Et du jour où l'attention de l'observateur est manifestement attirée sur des troubles fonctionnels, l'évolution se précise et progresse assez rapidement de telle manière qu'au bout d'un mois ou deux le fibrome a considérablement augmenté de volume.

D'ailleurs, dans les deux cas susvisés, il faudrait con-

sidérer comme absolument exceptionnel que, au cours de sa vie génitale, la patiente n'ait pas eu l'attention attirée de ce côté là et que les phénomènes subjectifs soient apparus seulement au voisinage de la ménopause.

Plus difficile encore et plus délicat sera le diagnostic différentiel avec l'endométrite chronique car, dans certaines de ses formes, même le toucher digital peut ne pas permettre toujours d'affirmer que les lésions constatées ne sont pas de nature épithéliomateuse.

C'est de ces formes fongueuses que parle De Sinety (1) et c'est elles qu'il décrit en ces termes. « La muqueuse » du corps utérin considérablement épaisse est rarement » lisse. Elle se montre ordinairement hérissée de villo- » sités ou parsemée de granulations, de fongosités va- » riant de la grosseur d'un pois à celle d'une framboise. » Ces végétations siègent le plus ordinairement sur la » face postérieure, elles arrivent à former des masses » fongueuses qui en se pédiculisant forment de véritables » polypes. »

Resterait alors la ressource de l'examen histologique qui seule devrait logiquement nous permettre d'affirmer le diagnostic. Encore faudrait-il que les praticiens aient l'installation et les connaissances pour faire ce diagnostic histologique. De plus, on sait que les difficultés de l'analyse microscopique sont à la fois nombreuses et considérables comme il semblerait résulter d'une note à la Société anatomique faite en 1888 par Cornil et Brault (2), note dont les abondants détails seraient trop longs pour

---

(1) De Sinety.— Traité de Gynécologie. 1875.

(2) Cornil et Brault. — Notes sur les lésions de l'endométrite chronique. Bulletin de la Société anatomique. Janvier 1888.

pouvoir entrer dans le cadre étroitque nous nous sommes volontairement imposé au début de ce travail.

La conclusion est donc la suivante et elle peut nous suffire : *Est-ce à dire que l'on ne puisse faire le diagnostic anatomique entre l'hypertrophie glandulaire et l'épithélioma du corps de l'utérus*? Nous croyons que dans la plus grande majorité des cas le diagnostic peut être établi.

De l'ensemble de tout ce qui précède, il résulte que lorsque l'interrogatoire, l'examen objectif par le palper, la vue et le toucher, et même la dilatation n'ont donné aucun résultat certain, on peut et on doit recourir à l'examen microscopique après biopsie. Encore est-il bon de se rappeler que cet examen ne nous donnera pas toujours des résultats nécessaires, car il est souvent nécessaire d'avoir l'utérus entier pour faire le diagnostic. Après cet examen on ne pourra conclure à la non existence d'un épithélioma que si on a pu examiner les glandes dans toute leur profondeur.

En résumé, le diagnostic de l'épithélioma primitif de la cavité utérine est excessivement difficile, à plus forte raison quand ce diagnostic doit être précoce et que les lésions sont tout à fait au début. Il est bon que nous nous rappelions l'identité de la symptomatologie entre le sarcome de la cavité et l'endométrite chronique et l'obligation où nous sommes dans ce cas de faire le contrôle des données cliniques par l'analyse histologique des fongosités pour arriver à un diagnostic exact,

---

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)
Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran et de M. le docteur Stolz, (de Montpellier).

Epithélioma de la cavité utérine, — Canule oubliée *in utero* et y ayant séjourné vingt-deux ans

Mme A..., 47 ans, repasseuse. En 1890, accouchement normal d'une fille par une sage-femme de Montpellier. Cinq à six jours après l'accouchement, symptômes d'infection, fièvre, pouls rapide, lochies fétides.

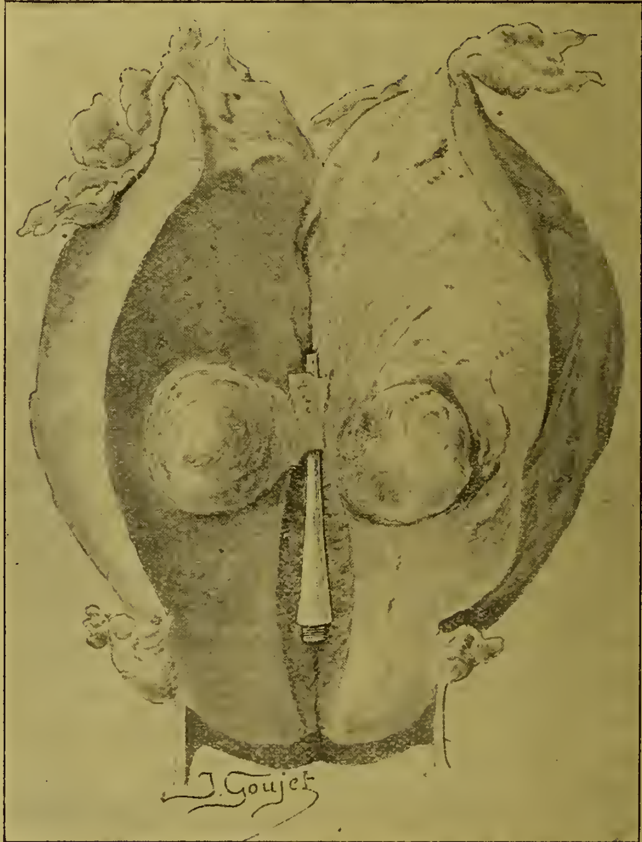
La sage-femme fait à la malade une injection intra-utérine avec une canule à lavement en os. Les pertes fétides continuant, au cours d'une nouvelle injection intra-utérine la canule reste dans l'utérus.

Au début, la malade n'en fut pas trop incommodée, mais par la suite les pertes rouges deviennent de plus en plus fortes, et pendant son travail la malade ressent des douleurs très grandes dans le ventre. C'est surtout au moment de ses règles que les hémorragies sont abondantes, douloureuses avec des caillots assez nombreux.

La malade reste dans cet état pendant fort longtemps, puisque ce n'est qu'en août 1912, c'est-à-dire vingt-deux

ans après son accouchement, qu'elle se décide à consulter un médecin.

Celui-ci, en présence de ces violentes hémorragies, de ces pertes fétides, de ces douleurs, diagnostique un épi-



Cancer de la cavité utérine développé autour d'une canule y ayant séjourné pendant 22 ans.

thélioma de la cavité utérine. Du 12 août au 24 septembre 1912, il fait à la malade sept injections de Cuprase de Gaube sans résultat bien net, sauf pourtant une légère diminution des douleurs. Au mois d'octobre, au cours

d'un toucher, le médecin constate au milieu du col, un objet résistant. Examen au spéculum, au milieu des tissus sphacélés, il aperçoit une canule à lavement en os que l'on retire.

Les hémorragies deviennent de plus en plus nombreuses la malade s'affaiblit à tel point que le médecin est obligé à plusieurs reprises de lui faire des injections d'huile camphrée à dose massive et des injections de sérum artificiel.

La malade finit par se décider pour une intervention, elle entre à la clinique de M. le professeur Soubeyran. Opération le 27 octobre 1912. Anesthésie à l'éther.

Hystérectomie abdominale totale avec colorette vaginale. Corps utérin mou et friable ; annexite légère à gauche, tissu pelvien suspect à gauche du col.

Sortie 20 jours après l'opération.

Examinée à nouveau par son médecin au mois de novembre, la récidive est en voie d'évolution. Les hémorragies, les douleurs deviennent intolérables à tel point que des piqûres de morphine et de sédol sont nécessaires. La malade se cachectise. Mort au mois de février 1913.

Examen de la tumeur. — Macroscopiquement on voit que l'utérus est augmenté de volume. Au centre du parenchyme et un peu au fond de la cavité utérine, on aperçoit une tumeur du volume d'une amande à celui d'une noix, adhérente aux parois de l'utérus et faisant corps avec elle au milieu de laquelle est une bride. C'est dans cette bride qu'est retenue la canule. L'examen microscopique (dû à M. Peyron) a montré qu'il s'agissait d'un cancer de nature épithliale.

Il est difficile de préciser s'il y a une relation de cause à effet entre l'introduction de la canule, sa persistance

dans la cavité utérine et l'apparition tardive de l'épithélioma. Cependant ce fait rentre dans l'ordre des irritations chroniques, créant l'épithélioma. Pourtant l'observation n'en est pas moins intéressante.

Observation II

(Inédite)
Due à M. le professeur agrégé Soubeyran et à M. le Dr Stolz.
Epithélioma primitif de la cavité utérine.

Mme N..., 50 ans, blanchisseuse. Ordinairement bien réglée avec menstrues peu abondantes et non douloureuses. En janvier 1912, à la suite de ménorragies abondantes vient consulter un médecin. Injections d'ergotine, d'hydrastes. Cautérisations utérines après chaque période menstruelle.

Juin 1912. Hémorragies plus abondantes encore, mais pas douloureuses. Injections chaudes. Repos au lit. Toniques généraux.

Septembre 1912. A l'examen le médecin constate que l'utérus est gros et un peu douloureux ; pertes d'odeur fétide, comme les hémorragies persistent, M. le Dr Stolz et M. le Dr Paul Delmas conseillent à la malade une intervention chirurgicale. Elle entre à la clinique de M. le professeur Soubeyran.

Opération 26 septembre 1912. Hystérectomie abdominale totale sans drainage ; utérus se déchirant, friable, sous la pince de Museux, on l'entoure d'une compresse pour l'enlever. C'est un épithélioma tout à fait au début de la cavité utérine.

Sortie 20 jours après l'opération.

Pièce : cancer cavitaire du corps, muqueuse bourgeonnante, paroi friable.

Examen histologique de M. Peyron :

Revue à plusieurs reprises, la malade se porte bien, sans aucune trace de récidive (mai 1913).

Observation III

Cancer du corps de l'utérus
(Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus)

J'ai vu, dernièrement, une malade de 50 ans, n'ayant jamais fait d'enfant, offrant les symptômes généraux du cancer utérin, et chez laquelle deux médecins n'avaient pu, malgré l'exploration directe, déterminer la nature de la maladie, ni même reconnaître d'altération notable dans la matrice. Ayant pratiqué le toucher, je ne tardais pas à constater une sensibilité anormale, une tuméfaction marquée de l'utérus à travers la paroi vaginale antérieure et sur le col, fortement porté en arrière, une augmentation de volume, un ramollissement et un commencement de dilatation permettant l'introduction de la première phalange, circonstance bien extraordinaire chez une nullipare. La perte, roussâtre, quoique séreuse et très abondante, n'avait pas d'odeur. Mais le cathéter utérin pénétra très facilement jusqu'à 9 et 10 centimètres de profondeur, se laissant mouvoir et retourner en tous sens. Le col dilaté suffisamment en trois jours par l'introduction quotidienne d'un cône d'éponge préparée, permit l'exploration à l'aide d'un doigt indicateur, qui fit reconnaître aussitôt dans toute la cavité utérine une surface bosselée, inégale, végétante, dure, friable, saignant facilement, et

qui en rapporta un ichor mêlé à des détritus ; une pince à polypes, conduite sur le doigt indicateur, put saisir et arracher une de ces excroissances ; le microscope démontra qu'elle était constituée par un amas de cellules cancéreuses.

Observation IV

Cancer primitif du corps de l'utérus
(Thèse de Paris, 1888)

Femme de 56 ans, ayant subi la ménopause il y a dix ans et qui depuis treize mois a recommencé à avoir des pertes de sang avec écoulement d'eau roussâtre.

Entrée dans le service de M. le professeur Ball à l'hôpital Laënnec, elle avait des pertes extrêmement abondantes qui semblaient menacer sa vie à bref délai.

Hystérectomie vaginale le 24 février 1888.

La malade est sortie en parfaite santé.

Observation V

Epithélioma du corps de l'utérus
(Pozzi et Charrier. Bulletin de la Société anatomique, Paris, séance du 10 octobre 1890)

J. Elisabeth. Mère morte à 52 ans d'hémorragie utérine, à l'époque de la ménopause, probablement d'un cancer utérin.

Antécédents personnels nuls ; ni maladies antérieures, ni fausses couches ; réglée à 14 ans 1/2 et toujours bien depuis. Jamais de pertes blanches, jamais de métrorragies

jusqu'en juin 1889. C'est à ce moment que remonterait pour la malade le début de sa maladie.

Elle eut sa première hémorragie à cette époque et n'a jamais cessé depuis d'être dans le sang. C'est-à-dire que depuis quatorze mois elle a des pertes continuelles, d'où amaigrissement, faiblesse extrême, presque cachexie ; il y a quatre mois, phlébite.

Depuis, douleurs constantes dans les membres inférieurs, surtout dans la jambe droite en particulier. La malade accuse également de la pesanteur dans le bas-ventre, mais pas d'autres troubles de compression, pas d'œdème bilatéral.

Examen de la malade vers le 1er septembre. On constate d'abord l'état général cachectique, l'amaigrissement énorme et rapide ainsi que l'indique la flaccidité de la peau. On constate en outre une sciatique droite avec atrophie des masses musculaires dans le membre du même côté. A la vue, le ventre est également flasque ; à la palpation, on sent une tumeur assez volumineuse, comme le poing, nageant dans le bassin.

La malade perd toujours, mais beaucoup moins, grâce au repos et aux injections chaudes. Aucune odeur, et, d'après l'interrogatoire, elle n'avait jamais eu de pertes fétides.

Au toucher d'abord, puis au toucher combiné avec la palpation, M. Pozzi constate : 1° que le col est en arrière légèrement entr'ouvert, mais nullement altéré dans sa consistance et permet l'introduction de la pulpe de l'index ; en forçant il semble que l'on arrive sur des fongosités siégeant dans la cavité du corps.

Le corps est volumineux, dur, lisse, gros comme le poing d'un adulte et mobile. Il s'élève à égale distance du

pubis et de l'ombilic. Les culs-de-sac latéraux sont libres et sains. Le cathétérisme n'est pas pratiqué ce jour-là l'examen ayant déterminé une perte assez abondante. M. Pozzi porte le diagnostic d'épithélioma primitif du corps. Pour vérifier son diagnostic, il désire pénétrer dans le corps. Introduction le lundi soir de deux grosses laminaires, retirées le mardi matin, après injection au sublimé. M. Pozzi examine de nouveau la malade, pénètre dans le corps très facilement dont il ramène des débris de fongosités avec les doigts. Ces débris, à l'œil nu, ne font que confirmer le diagnostic.

M. Pozzi pratique l'opération le 17 septembre ; elle dure cinquante minutes. Avant d'en faire le récit, disons que la malade, depuis plusieurs jours, présentait des ascensions vespérales de température qui furent considérées comme de pressantes indications d'opérer.

Rien de particulier à signaler pendant l'opération, si ce n'est une extrême difficulté à abaisser l'utérus. Après avoir dégagé de chaque côté l'utérus par deux ligatures, M. Pozzi fut obligé de lier par échelons le ligament large gauche dans toute sa hauteur. Il arriva ainsi sur la trompe et l'extirpa après avoir lié en dehors ce que l'on nomme le ligament infundibulo-pelvien.

C'est alors seulement que la masse utérine se déclancha et fit bascule, permettant de lier le ligament large droit et l'extirpation de la trompe et de l'ovaire comme pour le côté gauche.

Le néoplasme est bien circonscrit dans la cavité du corps ; l'épaisseur des parois utérines suffit à faire comprendre pourquoi ce sont ses formes de cancer primitif du corps qui donnent la survie la plus longue.

Les parois de l'utérus servent de barrière, et limitent

la marche envahissante de l'épithélioma. A l'œil nu, le col est absolument sain.

Examen histologique par M. le docteur Paul Petit :

1° Le corps musculaire de l'utérus au niveau de la surface ulcérée est infiltré dans l'épaisseur d'un centimètre et demi par des tubes confluents d'épithéliome cylindrique qui donne à l'œil nu l'aspect d'une fine dentelle. A la surface de la coupe, se voient des tubes intra-muqueux compris dans de longues franges découpées par le travail ulcératif ;

2° Sur un fragment détaché de l'isthme, les glandes et le tissu environnant ont un aspect normal où paraissent légèrement enflammés ;

3° Enfin, vers la surface vaginale du museau de tanche, qui, en apparence était tout-à fait sain, et à 2 millimètres environ de son orifice, on a trouvé en une zone très limitée, se présentant à l'œil, nu sous forme d'une petite encoche, un début d'épithéliome pavimenteux. En cette zone, on voit se détacher du revêtement pavimenteux plusieurs bourgeons, dont le plus central, beaucoup plus large et plus profond que les autres, s'enfonce à 1 millimètre environ de profondeur, Dans ces bourgeons, les cellules muqueuses de la couche moyenne ont un protoplasma énorme, et sont déformées par pression réciproque, les cellules les plus profondes se rapprochent de l'état indifférent et se confondent d'une façon insensible avec le tissu cellulaire environnant.

Il s'agit donc dans l'espèce d'un épithélioma utérin polykystique, épithéliome à cellules cylindriques, nettement limité au corps avec début d'épithéliome pavimenteux à l'orifice du museau de tanche.

Répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie, avril 1891.

Observation VI

Cancer du corps utérin

(Pichevin, chef des travaux de gynécologie à Necker. Thèse de Bisch-Lyon 1891.)

Madame X., âgée de 58 ans, ayant eu son retour d'âge il y a neuf ans, ne souffrant pas, pas d'amaigrissement, état général excellent. Le 25 septembre 1890, elle constate à son grand étonnement que ses règles sont revenues.

L'écoulement menstruel dure 4 ou 5 jours et disparaît.

Un mois après, jour par jour, le sang apparaît de nouveau et cesse peu de temps après. Une nouvelle époque cataméniale commence le 25 septembre et finit au bout de 4 ou 5 jours. Le 20 décembre, l'hémorragie utérine se montre à nouveau et se prolonge avec des interruptions jusqu'au 15 mars 1891.

La longue durée de ce dernier écoulement éveille l'attention de cette femme.

L'utérus, mobile, est en bonne situation et le corps de la matrice ne paraît pas sensiblement augmenté de volume. Le col ne présente rien de suspect, ni induration, ni ulcération.

En interrogeant cette femme avec soin, nous avons appris, que l'écoulement de sang présentait peut être par moment une odeur un peu plus forte. La malade ne peut pas être plus affirmative sur ce point. Il lui a semblé que le sang qu'elle perdait avait parfois une odeur différente de celle des règles ordinaires.

Après avoir touché cette femme, nous avons constaté que l'écoulement avait une odeur légèrement fade, mais non caractéristique.

Nous avons néanmoins porté le diagnostic d'épithélioma du corps de l'utérus, et nous avons pratiqué le curage explorateur. L'examen microscopique du lambeau enlevé par la curette a confirmé pleinement ce diagnostic.

M. le professeur Le Dentu a pratiqué l'hystérectomie vaginale. L'utérus de cette femme présentait un beau spécimen d'épithélioma primitif de la muqueuse du corps.

Cette malade a été rapidement guérie. Jusqu'ici, il n'y a aucune trace de récidive, l'aspect général est excellent.

Observation VII

Simpson. Clinique obstétricale et gynécologique 1874.

Madame R..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital, le 20 janvier 1863. Depuis 9 mois, elle avait un léger écoulement sanguin qui a sensiblement augmenté depuis quinze jours, à la suite d'un effort fait en soulevant un fardeau. En même temps, que son écoulement augmentait, la malade ressentait une douleur violente dans la région hypogastrique, douleur qui commence à midi ou à deuxheures pour finir vers sept heures.

L'orifice de l'utérus ayant été dilaté, on sentit un polype fixé au fond avec une autre petite tumeur.

25 février. — La tumeur fut enlevée. Les douleurs de la malade revenaient périodiquement comme par le passé et étaient tellement violentes, qu'elle gênait par ses cris les autres malades, on fut donc obligé de la faire sortir.

Observation VIII

Fpithélioma cylindrique de la muqueuse du corps. — Col sain. — Hystérectomie vaginale. — Guérison. — Malade de M. le docteur Jarienski (Cette observation a été tirée du Traité de l'hystérectomie de M. Secheyron).

Mme X..., très fatiguée par des douleurs qui l'empêchent de marcher depuis plusieurs années, anémiée par des métrorragies, qui ont résisté au traitement fait par le curage il y a un an. Réglée à 12 ans, mariée à 20 ans, a eu un enfant. Nervosisme accru par des névralgies devenues intolérables depuis un an. Col hypertrophié, corps volumineux, très douloureux au toucher. Opération 30 mars 1887. Anesthésie chloroformique, vulve rasée, vagin lavé. Dissection circulaire du col sur une hauteur de 75 millimètres avant d'ouvrir les culs-de-sac vaginaux par suite de l'hyperthrophie sus-vaginale du col. Le pincement de la base des ligaments larges, la section bilatérale du col, permettent d'abaisser plus facilement le corps, de pincer la partie supérieure des ligaments larges, de les détacher du côté correspondant de la matrice. En abaissant cet organe, on reconnaît qu'il est doublé de volume, friable, qu'il se laisse exciser par les pinces, bien qu'il soit lisse et régulier à la surface. Kyste tubaire droit pincé et excisé, six pinces laissées à demeure. La malade retourne chez elle le 14me jour.

Examen de la pièce. — A la coupe de l'utérus on voit que l'épithélioma a pris naissance dans la muqueuse du corps et a envahi secondairement la musculeuse en formant des végétations fongueuses, polypeuses, jaunâtres et saignantes et que le col est entièrement sain.

Le microscope a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique (Laboratoire de M. Cornil).

Observation IX

Cancer épithélial de l'utérus n'affectant pas le col, limité à la muqueuse de la cavité, par Godson (*In* Obstetrical Transactions, London, vol. XX, 1878. Thèse de Valat, Paris, 1889).

Il s'agit d'une malade de 52 ans ayant toutes les apparences de la meilleure santé, et qui vient se faire soigner à Saint-Bartholomew's Hosp .. décembre 1876. Elle se plaignait d'une douleur interne de la région utérine, survenant régulièrement à 10 heures du matin chaque jour et durant 2, 3, 4 heures. La gravité de la douleur la forçait à comprimer ses parois abdominales et à s'asseoir sur son lit, ses cris faisaient pitié. De fortes doses de quinine, de chloral réussirent à amenèr quelques soulagements et la douleur fut seulement supportable quand la malade fut entièrement sous l'influence de la morphine administrée en injections hypodermiques. Le toucher donnait un utérus normal. Le col paraissait tout à fait sain. La sonde passait dans l'étendue de deux pouces et demi dans l'utérus bien mobile et s'accompagnait d'un léger écoulement de sang clair. Il y avait parfois des pertes dans l'intervalle des règles. La malade quitte l'hôpital et meurt chez elle six mois après. Les conditions étaient restées les mêmes excepté pendant la dernière quinzaine de sa vie où un écoulement léger, fétide, aqueux eut lieu.

Autopsie. — Rien d'anormal si ce n'est l'épaississement, l'induration de la muqueuse. Le microscope démontre clairement qu'il s'agissait d'un cancer de nature épithéliale.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1° L'épithélioma est presque la seule variété anatomique du cancer qui envahisse primitivement le corps utérin (Siredey) (1).

2° Lorsqu'il se rencontre chez des femmes ayant franchi la ménopause, il peut encore être assez facilement diagnostiqué d'après les seuls signes cliniques : hémorragies, hydrorrhée, pertes fétides et douleurs.

3° L'examen microscopique peut servir non pas pour un diagnostic absolument précoce parce qu'il est forcément incomplet dans la période de début ; mais il peut être un moyen fort utile avant que le cancer n'ait pris de l'extension.

4° Abandonné à lui-même, le cancer du corps utérin aboutit toujours à la mort.

5° Une fois le diagnostic porté, quel que soit le procédé d'extraction de l'utérus auquel on se sera arrêté (vaginal, abdominal ou sacré), il faut y recourir et y recourir le plus tôt possible si l'on veut avoir une survie d'autant plus longue que l'intervention aura été plus précoce.

En un mot, quand un utérus n'est plus en activité fonc-

---

(1) Syredey. — **Journal des Praticiens, 1911. Page 413.**

tionnelle quand le sujet qui en est porteur a fini sa vie génitale, du jour où cet organe qui s'est atrophié, qui, par conséquent est devenu inutile, est en même temps pour elle une cause de douleurs et d'hémorragies répétées qui mettent ses jours en danger, il faut en faire l'ablation radicale et hâtive même avec un diagnostic incertain, quitte à confirmer ensuite par l'examen histologique l'opportunité de l'intervention, car, dès ce moment, la dégénérescence maligne est à envisager comme possible et les dangers connus au point de vue vital justifient pleinement une intervention qui au fond est toujours anodine si elle est faite précocement et qui est, lorsqu'elle est faite dans les conditions d'une asepsie rigoureuse, d'une très faible mortalité opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERTIN. — Des méthodes de cure radicale du cancer utérin, Province Médicale, 1889.

BISCH. — Thèse de Lyon, 1892. Diagnostic précoce du cancer primitif du corps de l'utérus.

BOUILLY. — Du diagnostic précoce du cancer de l'utérus, Semaine Médicale, novembre 1886.

BRUYÈRE. — Thèse de Bordeaux 1893. Contribution à l'étude clinique du cancer du corps de l'utérus.

BOISSIER. — Thèse de Montpellier, 1900. Etude clinique du cancer du corps de l'utérus.

COUTZARIDA (Mlle).— De l'hydrorrhée dans le cancer du corps de l'utérus. Thèse de Paris, 1884.

CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathologique des cancers de l'utérus, 1889.

CORNIL et BRAULT. — Notes sur les lésions de l'endométrite chronique. Bulletin de la société anatomique, janvier, 1888.

EMMET. — La pratique des maladies des femmes, 1887.

FRAIPONT. — De l'adénome de la muqueuse du corps utérin, Annales de gynécologie, 1889.

GOUILLIOUD — Hystérectomie pour cancer utérin. Lyon Médical, 1891.

GUÉRIN. — Traité des maladies des femmes, 1878.

Hofmeier. — Diagnostic du cancer du corps de l'utérus. Congrès gynécologique de Bonn, 1891.

Jayle et Bender. – Epithelioma du corps de l'utérus, Bulletin et Mémoire de la Soc. anatom. de Paris, 1902.

Laurence. — De la dilatation lente de l'utérus, Journal des Praticiens, 1911.

Leriche. — De l'hystérectomie vaginale, Lyon Médical, 1889.

Markow (Mlle Irma). — Cancer utérin. Tablettes médicales mobiles, vol. X, n° 343.

Martin. – De l'hystérectomie totale. Congrès de Washington. Revue de chirurgie, 1888.

— Diagnostic du cancer par l'examen microscopique. Centralblatt f. gynæck, 1889.

Petit et Weinberg. — Epithelioma du corps de l'utérus, Bulletin et Mémoire de la Soc. anatom. de Paris, 1902.

Pichevin. — De l'indication opératoire dans le cancer utérin, Médecine Moderne, novembre, 1891.

Pichot. - Etude clinique sur le cancer du corps et de la cavité de l'utérus. Thèse de Paris, 1876.

Pozzi. — Traité de gynécologie, 1890, p. 425.

— Traitement du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1888.

Richelot. - De l'hystérectomie vaginale, Union Médicale, novembre 1891.

Routier. – Diagnostic du cancer de l'utérus. IIIe Congrès français de chirurgie, 1888.

Schrœder. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1886.

Secheyron. — L'hystérotomie et l'hystérectomie par la voie vaginale. Paris, 1889.

Sinety (De). — Traité pratique de gynécologie, 1875.

Siredey. — Journal des Praticiens, 1911, p. 413.

Simpson. — Clinique obstétricale et gynécologique, 1874.

Terrier. - Les résultats de l'hystérectomie pour cancer utérin, Revue de chirurgie. 1888.

Valat. De l'épithelioma primitif du corps de l'utérus. Thèse de Paris; 1889.

Veper. — De la dilatation artificielle de l'utérus. Thèse de Paris, 1887.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 mai 1913.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 12 mai 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
